

RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE MEDICA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA

D.M. 8 agosto 2014 e normativa vigente in materia

DATI DELLA SOCIETÀ SPORTIVA	
Denominazione	Codice affiliazione CSI
Codice fiscale / P. IVA	Comitato CSI
Sede legale	Comune / Prov.
Presidente / Legale rappresentante	

DATI DELL'ATLETA	
Cognome	Nome
Nato/a a	Data di nascita ____ / ____ / ____
Codice fiscale	Residente a

DICHIARAZIONE E RICHIESTA
Il/La sottoscritto/a, in qualità di Presidente/Legale rappresentante della società sportiva sopra indicata, DICHIARA che l'atleta, alla data Odierna, è: ☐ tesserato/a CSI ☐ in corso di tesseramento CSI e svolge/svolgerà attività sportiva organizzata dalla società, qualificata come <u>NON AGONISTICA</u>, nella seguente disciplina/attività: _____ RICHIEDE che l'interessato/a venga sottoposto/a agli accertamenti previsti dalla normativa vigente ai fini dell'eventuale rilascio del certificato medico di idoneità alla pratica sportiva non agonistica.

Luogo e data

Timbro e firma del Presidente/Legale rappresentante

NOTA Il presente modulo costituisce esclusivamente la richiesta della società sportiva e non sostituisce il certificato medico, che deve essere rilasciato da un medico abilitato secondo la normativa vigente.

Il certificato per attività sportiva non agonistica ha validità annuale dalla data di rilascio. La società sportiva è tenuta a verificare il possesso della certificazione richiesta dalle norme vigenti e dalle disposizioni CSI applicabili.